موجز

التقرير العالمي حول الإعاقة

منظمة الصحة العالمية

البنك الدولي

WHO/NMH/VIP/11.06

© منظمة الصحة العالمية 2011

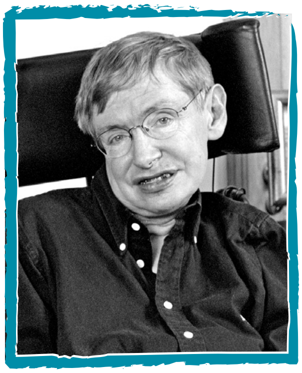
جميع الحقوق محفوظة. يمكن الحصول على مطبوعات منظمة الصحة العالمية من إدارة التسويق والتوزيع، منظمة الصحة العالمية 20 Avenue Appia، 1211 Geneva 27، Switzerland (هاتف رقم: 3264 791 22 41+؛ فاكس رقم: 4857 791 22 41+؛ عنوان البريد الإلكتروني: bookorders@who.int). وينبغي توجيه طلبات الحصول على الإذن باستنساخ أو ترجمة منشورات منظمة الصحة العالمية – سواء كان ذلك لبيعها أو لتوزيعها توزيعاً غير تجاري – إلى إدارة التسويق والتوزيع على العنوان المذكور أعلاه (فاكس رقم: 41+ 22 791 4806؛ عنوان البريد الإلكتروني: permissions@who.int).

التسميات المستخدمة في هذا المطبوع، وطريقة عرض المواد الواردة فيه، لا تعبر إطلاقاً عن رأي الأمانة العامة لمنظمة الصحة العالمية بشأن الوضع القانوني لأي بلد، أو إقليم، أو مدينة، أو منطقة، أو لسلطات أي منها، أو بشأن تحديد حدودها أو تخومها. وتشكل الخطوط المنقوطة على الخرائط خطوطاً حدودية تقريبية قد لا يوجد بعد اتفاق كامل عليها.

وذكر شركات بعينها أو منتجات جهات صانعة معينة لا يعني أن هذه الشركات والمنتجات معتمدة، أو موصى بها من قبل منظمة الصحة العالمية، تفضيلاً لها على سواها مما يماثلها ولم يرد ذكره. وفيما عدا الخطأ والسهو، تميز أسماء المنتجات المسجلة الملكية بوضع خط تحتها.

اتخذت منظمة الصحة العالمية كل الاحتياطات المعقولة للتحقق من صحة المعلومات الواردة في هذا المطبوع. ومع ذلك يتم توزيع المواد المنشورة دون أي ضمان من أي نوع صريحاً كان أو ضمنياً. وتقع مسؤولية ترجمة المواد واستخدامها على عاتق القارئ. ولا تتحمل منظمة الصحة العالمية في أي حال المسؤولية عما يقع من أضرار نتيجة استخدامها.

طبع في مالطة



توطئة

يجب أن لا تقف الإعاقة حجر عثرة أمام النجاح. لقد عانيتُ من مرض العصبون الحركي تقريباً طوال فترة حياتي منذ سن الشباب، ولم يحل ذلك دون تحقيق حياة مهنية رائعة في مجال الفيزياء الفلكية وتمتعي بحياة عائلة سعيدة.

وعند قراءتي للتقرير العالمي حول الإعاقة، وجدت هناك علاقة قوية بينه وبين ما مر بي من تجربة. فقد استفدت من إمكانية وصولي إلى رعاية طبية من الدرجة الأولى، واعتمدت في حياتي على فريق من المساعدين الشخصيين الذين يقدمون لي كل العون للحياة والعمل بصورة مريحة وبكرامة وعزة. وقد تم تكييف منزلي ومكان عملي بحيث يمكنني الوصول إليهما والحركة داخلهما. وساعدني خبراء الحاسوب بدعمي بنظام للتواصل ولتوليف الرسائل يسمح لي بإعداد المحاضرات والأوراق البحثية، ومن ثم التواصل مع جماهير متنوعة.

لكنني أدرك كم أنا محظوظ، بأكثر من طريقة. فنجاحي في الفيزياء النظرية قد ضمن لي دعماً يسمح لي بحياة جديرة بأن أعيشها وأتمتع بها. ومن الواضح تماماً أن غالبية الأشخاص ذوي الإعاقة على الصعيد العالمي يواجهون أوقاتاً عصيبة تتعلق بسبل الحياة اليومية، إلى جانب ما يقف أمامهم من عقبات تحول دون حصولهم على وظائف منتجة وتحقق ذاتي.

إنني أرحب بهذا التقرير الأول "التقرير العالمي حول الإعاقة". فهو يساهم بصورة كبيرة في فهمنا لما تمثله وتعنيه الإعاقة، وتأثير هذه الإعاقة على الأفراد والمجتمع. كما أنه يلقي الضوء على العقبات والعوائق المتباينة التي يواجهها ذوو الإعاقة – عقبات تتعلق بما يصادفونه من مواقف واتجاهات، وعقبات مادية، ومالية – وكلها عقبات يسهل التعامل معها والتصدي لها.

وفي واقع الأمر، فإن علينا التزاماً أدبياً لإزالة العقبات التي تحول دون مشاركة ذوي الإعاقة في مختلف أنشطة الحياة، واستثمار المخصصات المالية والخبرات الكافية من أجل إطلاق الإمكانيات الواسعة لذوي الإعاقة. ولا يمكن للحكومات على المستوى العالمي أن تستمر في تجاهلها لمئات الملايين من ذوي الإعاقة المحرومين من الخدمات الصحية، والتأهيل، والدعم، والتعليم، والعمل، والذين لا يحصلون مطلقاً على أية فرصة للتألق.

إن التقرير يقدم توصيات للعمل على المستويات المحلية والوطنية والدولية، ومن ثم فهو أداة لا تقدر بثمن لكل من راسمي السياسات، والباحثين، والممارسين، والدعاة والمتطوعين المعنيين بالعمل في مجال الإعاقة. ويداخلي أمل كبير، بدأ مع اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، ويتواصل الآن مع نشر وإصدار التقرير العالمي حول الإعاقة، فقد زاد لديّ هذا الأمل في أن هذا القرن سوف يكون نقطة تحول لدمج ذوي الإعاقة في حياة مجتمعاتهم وداخلها.

الأستاذ الدكتور ستفان دبليو هاوكينغ

تمهيد

وعالمياً، وبالمقارنة مع غير المصابين بأية إعاقة، فإن ذوي الإعاقة هم من يجنون أقل النتائج الصحية، وهم من يحصلون على أقل الفرص التعليمية، وبينهم تكون أدنى معدلات المشاركة الاقتصادية، وأكثر معدلات الفقر ارتفاعاً. ويعود السبب وراء هذا جزئياً إلى اصطدام ذوي الإعاقة بالعوائق التي تحول دون وصولهم إلى الخدمات التي يعتبرها الكثير منّا أمراً مفروغاً منه، ومنها الصحة، والتعليم، والتوظيف، ووسائط النقل، والمعلومات. وتتفاقم هذه الصعوبات في المجتمعات المحرومة من الخدمات.

ومن أجل تحقيق أفضل التطلعات التنموية الطويلة الأمد التي تحتل قلب المرامي الإنمائية للألفية الواجب تحقيقها بحلول عام 2015، يتعين علينا تمكين ذوي الإعاقة، والتخلص من العقبات التي تحول دون مشاركتهم في مجتمعاتهم، وتقف دون حصولهم على التعليم الجيد، والعمل المناسب، والاستماع إليهم.

ونتيجة لما تقدم، قامت منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي بالاشتراك في إصدار هذا التقرير العالمي حول الإعاقة، من أجل عرض البيّنات اللازمة لوضع السياسات والبرامج المبتكرة القادرة على تحسين حياة ذوي الإعاقة، وتيسير تنفيذ اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة التي تم تفعيلها في أيار/مايو من عام 2008. ولقد ساهمت هذه المعاهدة الدولية، التي أصحبت من العلامات الراسخة، في تقوية فهمنا للإعاقة من حيث الحقوق الإنسانية، وترتيب أولويات التنمية.

ويقدم التقرير العالمي حول الإعاقة اقتراحات بخطوات يمكن أن تتخذ من قبل كافة الأطراف المعنية – ومنها الحكومات، ومنظمات المجتمع المدني، ومنظمات الأشخاص ذوي الإعاقة – من أجل إيجاد بيئات ممكِّنة، وتطوير خدمات التأهيل والدعم، وضمان الحماية الاجتماعية الكافية، وإطلاق سياسات وبرامج شاملة، وتفعيل المعايير والتشريعات الجديدة والقائمة، وذلك لصالح ذوي الإعاقة والمجتمع على نطاقه الأوسع. وينبغي أن يكون ذوو الإعاقة هم المركز الذي تتمحور حوله هذه المساعي.

إن الرؤية التي نسترشد بها هي عالم شامل يمكننا جميعاً العيش فيه متمتعين بالصحة، وبسبل الراحة والعزة والكرامة. ونحن ندعوكم لاستخدام ما يحويه هذا التقرير من بينات من أجل المساهمة في تحويل هذه الرؤية إلى حقيقة واقعية.

الدكتورة مارغريت تشان
المديرة العامة
لمنظمة الصحة العالمية

االسيد روبرت ب زوليك
رئيس مجموعة
البنك الدولي

موجز

الإعاقة، التي تتباين درجاتها بحسب نمطها، جزء من الحالة الإنسانية، فكل شخص تقريباً سوف يصاب، في مرحلة ما من مراحل حياته، بنوع من الإعاقة المؤقتة أو المديدة، أما من سيعيش ويطول به العمر، فسوف يواجه صعوبات متزايدة في أداء الوظائف أيضاً. والإعاقة معقدة، كما أن المداخلات التي تدور حول التغلب على المساوىء المترافقة مع الإعاقة، مداخلات متعددة ومنهجية، تختلف باختلاف السياق.

ويتمثل الهدف من اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة التي اعتمدت عام 2006 في "تعزيز وحماية وكفالة تمتع الأشخاص ذوي الإعاقة تمتعاً كاملاً على قدم المساواة مع الآخرين بجميع حقوق الإنسان والحريات الأساسية، وتعزيز احترام كرامتهم المتأصلة". وهي تعكس التغير الجوهري في الفهم العالمي للإعاقة والاستجابة لها.

ويجمع التقرير العالمي حول الإعاقة أفضل المعلومات المتوافرة حول الإعاقة بغرض تحسين حياة ذوي الإعاقة، وتيسير سبل تنفيذ اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة. ويهدف التقرير إلى ما يلي:

- إمداد الحكومات والمجتمع المدني بتحليل شامل لأهمية الإعاقة، وما قدم من استجابات، وفقاً لأفضل ما توافر من بينات.
- التوصية باتخاذ إجراءات عملية على المستويين الوطني والدولي.

إن التصنيف الدولي بشأن تأدية الوظائف، والعجز)الإعاقة(والصحة، الذي اعتمد كإطار عمل مفاهيمي لهذا التقرير، يعرِّف الإعاقة بوصفها مصطلحاً جامعاً يضم تحت مظلته الأشكال المختلفة للاعتلال/الخلل العضوي، ومحدودية النشاط، والقيود التي تحد من المشاركة. كما أن مصطلح الإعاقة يعود إلى السمات السلبية للتفاعل بين الأفراد الذين يعانون من حالة صحية ما (مثل الشلل الدماغي، أو متلازمة داون، أو الاكتئاب)، وبين العوامل الشخصية والبيئية (مثل المواقف السلبية، وانعدام إتاحة وسائل النقل والمباني العامة، والدعم الاجتماعي المحدود).

ماذا نعرف عن الإعاقة؟

تقديرات أعلى لمعدلات الانتشار

يقدر أن هناك أكثر من مليار شخص من ذوي الإعاقة، أي حوالي 15 ٪ من سكان العالم (وفقاً للتقديرات العالمية للسكان لعام 2010). وهي نسبة أعلى من التقديرات السابقة لمنظمة الصحة العالمية والتي يرجع تاريخها إلى السبعينيات والتي كانت تشير إلى حوالي 10 ٪.

ووفقاً للمسح الصحي العالمي فإن حوالي 785 مليون شخص (15.6 ٪) ممن تبلغ أعمارهم 15 عاماً أو أكثر يعيشون مع شكل من أشكال الإعاقة، في حين أشارت تقديرات تقرير العبء العالمي للأمراض إلى رقم يقترب من 975 مليون شخص (19.4 ٪). ومن هؤلاء أشارت تقديرات المسح الصحي العالمي إلى أن 110 مليون شخص (2.2 ٪) يعانون من صعوبات بالغة الشدة في تأدية الوظائف، بينما كانت تقديرات تقرير العبء العالمي للأمراض توضح أن 190 مليون شخص (3.8 ٪) يعانون من "إعاقة شديدة" – وهو المصطلح الذي يستخدم لحالات مثل الشلل الرباعي، أو الاكتئاب الوخيم، أو الكف البصري (العمى). وانفرد تقرير العبء العالمي للأمراض بالإشارة إلى الإعاقة التي تصيب الأطفال من عمر صفر وحتى 14 عاماً، حيث أوضحت تقديراته إصابة 95 مليون طفل (5.1 ٪)، 13 مليون منهم (0.7 ٪) مصابين بنوع من "الإعاقة الشديدة".

أعداد متزايدة

إن عدد المصابين بالإعاقة آخذ في الازدياد، ويعود السبب في هذا إلى تشيخ الشعوب – حيث يتعرض المسنون إلى مخاطر أعلى للإعاقة – علاوة على الارتفاع العالمي في معدلات الحالات الصحية المزمنة المترافقة مع شكل من أشكال الإعاقة مثل السكري، والأمراض القلبية الوعائية، والاعتلالات النفسية. وقد قدر أن الأمراض المزمنة وراء إصابة 66.5 ٪ من سنوات الحياة مع الإعاقة في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل (1). وجدير بالذكر أن أنماط الإعاقة ببلد ما تتأثر بتوجهات الحالات الصحية، والتوجهات المرتبطة بالعوامل البيئية وعوامل أخرى متنوعة – مثل تصادمات الطرق، والكوارث الطبيعية، والصراعات، والنظم الغذائية، وتعاطي المخدرات.

خبرات وتجارب متنوعة

تركز الرؤى النمطية للإعاقة على مستخدمي المقاعد المتحركة وبعض المجموعات القليلة الأخرى "التقليدية" مثل الأشخاص الصم والأشخاص ذوي الإعاقة البصرية. غير أن هذه الخبرات والتجارب تتنوع تنوعاً كبيراً حيث أنها تنبثق من التفاعلات التي تحدث بين الأوضاع الصحية، والعوامل الشخصية، والعوامل البيئية. وعلى الرغم من ترافق الإعاقة والحرمان، إلا أن ذوي الإعاقة لا يتساوون جميعاً في التعرض لنفس الدرجة من الحرمان، فالنساء ذوات الإعاقة يعانين من التمييز الجنسي إضافة إلى معاناتهن من العوائق التي

يواجهنها. وتختلف معدلات الالتحاق بالمدارس بتنوع الاعتلالات، حيث يتميز الأطفال المصابون بالاعتلالات البدنية عن أولئك الذين يعانون من اعتلالات ذهنية أو حسية. أما الأكثر استبعاداً من سوق العمل فغالباً ما يكونون من المصابين بصعوبات تتصل بالصحة النفسية أو بالإعاقات الذهنية. ويزداد الحرمان تبعاً لزيادة وخامة الاعتلالات التي يعاني منها الشخص ذو الإعاقة، كما هو واضح في التقارير الصادرة عن غواتيمالا (2) وأوروبا (3).

الفئات السكانية المعرَّضه للمخاطر

تؤثر الإعاقة بنسب غير مناسبة على الفئات السكانية المعرضة للمخاطر. وتوضح نتائج المسح الصحي العالمي أن انتشار الإعاقة في البلدان المنخفضة الدخل أعلى منه في البلدان ذات الدخل المرتفع. كما تنتشر نسبة الإعاقة بصور أكبر بين الشريحة المئوية السكانية الأشد فقراً، وبين النساء والمسنين (4). وتزداد مخاطر التعرض للإعاقة بين أصحاب الدخل المنخفض، أو العاطلين عن العمل، أو ذوي المؤهلات التعليمية الضعيفة. أما البيانات/المعطيات المأخوذة من المسوحات العنقودية المتعددة المؤشرات التي أجريت في بلدان منتقاة، فتشير إلى أن أطفال العائلات الأشد فقراً والأقليات العرقية يتعرضون إلى مخاطر متعاظمة وملموسة من الإعاقة أكثر كثيراً مما يتعرض له سائر الأطفال (5).

ماهي العوائق/العقبات التي تواجه ذوي الإعاقة؟

إن اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة، والتصنيف الدولي حول تأدية الوظائف والعجز (الإعاقة) والصحة يلقيان الضوء على الدور الذي تضطلع به البيئة في تسهيل أو "إعاقة" مشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة. ويوثق هذا التقرير بينات واسعة نطاق حول هذه العوائق والعقبات، والتي تتضمن ما يلي:

- **قصور السياسات والمعايير.** لا يأخذ راسمو السياسات في اعتبارهم، دائماً، احتياجات الأشخاص ذوي الإعاقة، أو لا يتم تفعيل السياسات أوالمعايير القائمة بالفعل. فعلي سبيل المثال، بالنسبة للسياسات التعليمية الشاملة، في مراجعة أجريت في 28 بلداً من البلدان المشاركة في مبادرة المسار السريع للتعليم للجميع، وُجد أن 18 بلداً إما قدمت تفاصيلاً بسيطة جداً حول استراتيجياتها المقترحة لدمج ذوِي الإعاقة من الأطفال في المدارس، أو لم تذكر أية تفاصيل أصلاً حول الإعاقة والدمج بالمدارس (6). أما بالنسبة إلى الثغرات الشائعة في السياسات التعليمية، فتتضمن نقص الحوافز المالية وغيرها من الحوافز المستهدفة للأطفال ذوي الإعاقة من أجل إلحاقهم بالمدارس، علاوة على افتقاد الحماية الاجتماعية وخدمات الدعم المقدمة إليهم وإلى ذويهم.
- **المواقف والاتجاهات السلبية.** تمثل المعتقدات والمواقف المتحاملة عقبات تحول دون التعليم، والعمل، والرعاية الصحية، والمشاركة الاجتماعية. فعلى سبيل المثال، فإن

مواقف واتجاهات المعلمين، وإداريي المدارس، والأطفال الآخرين، علاوة على مواقف عائلات الأطفال ذوي الإعاقة أنفسهم، كلها تؤثر على دمج هؤلاء الأطفال بالمدارس العامة. أما المفاهيم الخاطئة التي تسيطر على أصحاب الأعمال من أن ذوي الإعاقة هم أقل إنتاجاً ممن هم بدون إعاقة، مع الجهل بتوافر التعديلات التي يمكنها تنظيم عمل ذوي الإعاقة، كلها تحد من فرص العمل والتوظيف.

- **النقص في تقديم الخدمات**. يتعرض الأشخاص ذوو الإعاقة بصورة خاصة إلى التضرر من النقص في تقديم الخدمات لهم في مجالات عديدة مثل الرعاية الصحية، وإعادة التأهيل، والدعم والمساعدة. وتشير بيانات استجلبت من أربعة بلدان في جنوب القارة الأفريقية إلى أن نسبة الأفراد الذين تلقوا ما يحتاجونه من تأهيل طبي تراوحت بين 26 و55 ٪ فقط، ومن أجهزة مساعدة 17–37 ٪، ومن تدريب مهني 5–23 ٪، ومن خدمات الرعاية 5–24 ٪ (7–10). وفي البحوث التي أجريت في كل من ولاية أوتار براديش وتاميل نادو في الهند، احتل نقص الخدمات المكانة الثانية بعد التكلفة بين أكثر الأسباب شيوعاً لعدم استخدام ذوي الإعاقة للمرافق الصحية (11).
- **مشكلات مرتبطة بتقديم الخدمات**. إن التنسيق السيء للخدمات، والعمالة غير الكافية، وقلة كفاءة العاملين، كلها عوامل تؤثر بصورة سيئة على جودة الخدمات، وعلى إمكانية الوصول إليها، وكفايتها بالنسبة للأشخاص ذوي الإعاقة. ولقد أظهرت معطيات المسح الصحي العالمي في 51 بلداً أن احتمالات الإبلاغ عن عدم كفاية مهارات مقدمي الرعاية الصحية لتلبية الاحتياجات تزيد على الضعف من قبل الأشخاص ذوي الإعاقة وتزيد على الأربعة أضعاف فيما يتصل بتلقي معاملة سيئة أو علاج سيء، وتبلغ ما يقرب من ثلاثة أضعاف فيما يتصل بالامتناع عن تلبية حاجتهم للرعاية الصحية. كما أن كثيراً ممن يقدمون الدعم الشخصي يتقاضون أجوراً زهيدة لقاء خدماتهم علاوة على عدم تلقيهم للتدريب الكافي. وقد أوضحت إحدى الدراسات التي أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية أن 80 ٪ من العاملين في الرعاية الاجتماعية لايحصلون على أي تدريب أو مؤهلات رسمية (12).
- **قصور التمويل**. غالباً ما يكون هناك قصور في الموارد المخصصة لتنفيذ السياسات والخطط. ويمثل نقص التمويل الفعال عقبة رئيسية تعوق ضمان استمرارية واستدامة الخدمات في كافة فئات الدخل. فعلى سبيل المثال، في البلدان المرتفعة الدخل، تتراوح النسبة العامة لذوي الإعاقة الذين لا يتلقون ما يحتاجونه من مساعدة للقيام بأنشطتهم اليومية بين 20 ٪ و40 ٪ (13–18). وفي العديد من البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل لا تستطيع الحكومات تقديم الخدمات الكافية، ولا يتوافر مقدمو الخدمة لقاء أجر، أو يكون الأجر المطلوب أعلى من قدرة معظم العائلات. كما أن تحليل المسح الصحي العالمي لعامي 2002–2004 في 51 بلداً يشير إلى أن ذوي الإعاقة يصادفون صعوبات أكبر ممن هم دون إعاقة من حيث حصولهم على إعفاءات أو تخفيضات في تكلفة الرعاية الصحية.

- **ضعف سبل الوصول إلى الخدمات.** هناك العديد من البيئات المبنية (ومنها المرافق العامة) والكثير من أنظمة ووسائل النقل والمعلومات التي لا تكون متاحة أمام الجميع. إن ضعف الوصول إلى وسائل المواصلات غالباً ما يكون سبباً وراء عدم إقدام الأشخاص ذوي الإعاقة على البحث عن العمل أو امتناعهم عن التماس الرعاية الصحية. وتؤكد التقارير الواردة من بلدان بها قوانين خاصة بتوافر سبل الوصول إلى الخدمات يعود بعضها إلى 20 و40 عاماً مضت، تدني مستوى الالتزام بتلك القوانين (19–22). ولا يتوافر سوى النزر اليسير من المعلومات بالأشكال التي يمكن الوصول إليها، ولاتتوافر الكثير من احتياجات الاتصال والتواصل الخاصة بذوي الإعاقة. فكثيراً ما يعاني الأشخاص الصم من صعوبة الحصول على تفسير أو ترجمة للغة الإشارة: وفي مسح أجري في 93 بلداً، كان 31 بلداً منها لا تتوافر بها أية خدمات لترجمة لغة الإشارة، بينما كان هناك 30 بلداً بها 20 أو أقل من المترجمين المؤهلين للغة الإشارة (23). وتقل معدلات استخدام ذوي الإعاقة لتكنولوجيا المعلومات والاتصالات والحصول على المعلومات بصورة ملموسة عنها بين غير المعوقين، وفي بعض الحالات قد لا تتاح لهم سبل الوصول إلى المنتجات والخدمات الرئيسية من أمثال الهواتف، والتلفاز، الإنترنت.
- **انعدام التشاور والمشاركة.** يُستَبْعَد العديد من ذوي الإعاقة عند اتخاذ القرارات حول الأمور المؤثرة بصورة مباشرة على حياتهم. فعلى سبيل المثال، عندما لا يتاح لذوي الإعاقة سبل اختيار والتحكم في كيفية الحصول على الدعم والمساندة داخل منازلهم.
- **نقص البيانات والبيِّنات.** إن نقص المعلومات الدقيقة والقابلة للمقارنة المتعلقة بالإعاقة، مع انعدام البيّنات الخاصة بالبرامج ذات الفعالية يمكن أن يعرقل الفهم والفعل. ومما يحسِّن من إدراك أعداد ذوي الإعاقة وتفهم أوضاعهم وظروفهم، الجهود المبذولة التي تهدف إلى إزالة العوائق والعقبات التي تواجههم، إضافة إلى توفير خدمات تسمح لهم بالمشاركة. فعلى سبيل المثال، هناك حاجة إلى إيجاد تدابير أفضل للبيئة، ودراسة تأثيراتها على الجوانب المختلفة للإعاقة، من أجل تيسير عملية تحديد المداخلات البيئية العالية المردود لقاء التكاليف.

كيف تتأثر حياة الأشخاص ذوي الإعاقة؟

تساهم العقبات المعيقة في معاناة ذوي الإعاقة من الحرمان.

نتائج صحية أقل

هناك بينات متزايدة تدل على أن الأشخاص ذوي الإعاقة يتلقون مستويات صحية أدنى من تلك التي تتوافر لعامة السكان. وبحسب المجموعة أو الموقع الذي يتواجدون فيه، فإنهم يكونون أكثر عرضة للإصابة بالحالات الصحية الثانوية التي يمكن توقيها، والأمراض

المصاحبة وغيرها من الحالات الصحية المرتبطة بالعمر. وأشارت بعض الدراسات أيضاً إلى ارتفاع معدلات انخراط الأشخاص ذوي الإعاقة في سلوكيات محفوفة بالخطر مثل التدخين، والنظم الغذائية السيئة، وانعدام النشاط البدني. كما أنهم أكثر عرضة لمخاطر التعرض للعنف.

إن عدم تلبية خدمات إعادة التأهيل (والتي تتضمن الأجهزة المساعدة) يمكن أن تؤدي إلى نتائج سيئة تؤثر في حياة ذوي الإعاقة، بما في ذلك تدهور الحالة العامة للصحة، ومحدودية النشاط، ووضع قيود تحد من المشاركة مع تراجع جودة الحياة.

إنجاز تعليمي أدنى

يزداد احتمال عدم الإلتحاق بالمدارس بين الأطفال ذوي الإعاقة عنه بين نظرائهم من الأطفال غير المعاقين، مع تدني معدلات استمرارهم وترقيهم في السنوات الدراسية. أما الثغرات المتعلقة باستكمال التعليم فتتواجد على مدى جميع المراحل العمرية في كل من البلدان المنخفضة والمرتفعة الدخل، وتظهر بصورة أوضح في البلدان الأشد فقراً. ويتراوح الفرق بين النسبة المئوية للالتحاق بالمدارس الابتدائية بين الأطفال ذوي الإعاقة والأطفال غير المعاقين بين 10 ٪ في الهند و 60 ٪ في إندونيسيا، أما بالنسبة للتعليم الثانوي فيتراوح الفرق بين 15 ٪ في كمبوديا و 58 ٪ في إندونيسيا (24). وحتى في البلدان التي ترتفع فيها معدلات الالتحاق بالمدارس الابتدائية، مثل بلدان أوروبا الشرقية، فإن العديد من الأطفال ذوي الإعاقة لا يذهبون إليها.

مشاركة اقتصادية أقل

إن ذوي الإعاقة أكثر تعرضاً للبطالة، وهم بصفة عامة يحصلون على أجور أدني عند تعيينهم. وتوضح البيانات العالمية للمسح الصحي العالمي أن معدلات العمل والتوظيف أقل بين الرجال ذوي الإعاقة (53 ٪)، والنساء ذوات الإعاقة (20 ٪) عنها بين الرجال بدون إعاقة (65 ٪) والنساء بدون إعاقة (30 ٪). ومن ناحية أخرى، أوضحت دراسة لمنظمة التعاون والتنمية في الميدان الاقتصادي (25) أنه في 27 بلداً يعاني الأفراد ذوو الإعاقة ممن هم في عمر العمل والإنتاج، من عيوب ومضار سوق العمل ومن نتائجه الأسوأ ، بنسب أكثر من غير المعاقين. وفي المتوسط، فإن معدلات العمل التي تبلغ 44 ٪ لذوي الإعاقة هي أعلى قليلاً من نصف معدلات العمل بين غير المعاقين (75 ٪). أما معدلات البطالة فكانت أعلى بحوالي 2.5 مرة من المعدلات بين من هم بدون إعاقة (49 ٪ و 20 ٪ على التوالي).

معدلات أعلى من الفقر

يعاني الأفراد ذوو الإعاقة من معدلات أعلى للفقر ممن هم غير معاقين. وفي المتوسط، يتعرض ذوو الإعاقة والعائلات التي تأوي بين أفرادها أحداً منهم، إلى معدلات أعلى من الحرمان (ومنها عدم تأمين الغذاء، والمسكن السيء، وانعدام سبل الوصول إلى المياه الآمنة والإصحاح، مع القصور في الوصول إلى الرعاية الصحية)، كما أن ما يملكونه من أصول أقل كثيراً مما تملكه العائلات والأفراد الذين يعيشون بدون إعاقة.

وقد تزداد التكلفة التي يتحملها الأشخاص ذوو الإعاقة بسبب ما يحتاجون إليه من دعم شخصي أو رعاية طبية أو أجهزة مساعدة. وهذه التكلفة العالية من شأنها تعريض ذوي الإعاقة وعائلاتهم للمزيد من الفقر، بدرجة أعلى من أولئك الذين يمتلكون نفس الدخل ولكنهم بدون إعاقة. وفي البلدان المنخفضة الدخل يزداد احتمال مجابهة ذوي الإعاقة للنفقات الصحية الباهظة بنسبة 50 ٪ عن الأشخاص غير المعاقين (4).

زيادة الاعتماد ومحدودية المشاركة

إن الاعتماد على الحلول المؤسساتية، وانعدام فرص المعيشة داخل المجتمع، وعدم كفاية الخدمات تؤدي إلي عزلة الأشخاص ذوي الإعاقة واعتمادهم على الآخرين. وفي مسح أجري على 1505 من ذوي الإعاقة غير المسنين في الولايات المتحدة الأمريكية، أبلغ 42 ٪ عن إخفاقهم في ترك الفراش أو الكرسي المتحرك أو الانتقال إليه بسبب عدم تواجد أي شخص لمساعدتهم (26). وقد جرت الإشارة إلى أن مؤسسات الإقامة الداخلية مسؤولة عن انعدام الاستقلالية (الاعتماد على الذات) لدى ذوي الإعاقة، إلى جانب فصلهم عن المجتمع الأوسع وانتهاك حقوقهم الإنسانية.

وجدير بالذكر أن معظم الدعم والمساعدة يأتي من أفراد الأسرة أو الشبكات الاجتماعية. غير أن الاعتماد الحصري على الدعم غير الرسمي له نتائج سلبية على من يقوم بالرعاية، تشمل الإجهاد، والعزلة، وضياع الفرص الاجتماعية والاقتصادية. وتزداد هذه الصعوبات مع تقدم عمر أفراد العائلة. ففي الولايات المتحدة الأمريكية، يعمل أفراد العائلات التي لديها أطفال ذوو إعاقات إنمائية، ساعات أقل من غيرهم من أفراد العائلات الأخرى، وهم أكثر عرضة لترك وظائفهم، ويعانون من مشكلات مالية جسيمة، كما يقل احتمال حصولهم على وظيفة جديدة.

التصدي للعوائق وعدم المساواة

يجمع التقرير بين طياته أفضل البينات العلمية المتوافرة حول كيفية التغلب على العوائق والعقبات التي تواجه ذوي الإعاقة في مجالات الصحة، والتأهيل، والدعم والمساعدة، والبيئات المختلفة، والتعليم، والعمل. ولما كانت المعلومات التفصيلية موجودة ضمن الفصول التي يتكون منها التقرير، فإن الاستعراض التالي يقدم توجهات خاصة بتحسين حياة ذوي الإعاقة وفقاً لاتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة.

التصدي للعوائق التي تحول دون الرعاية الصحية

إن العمل على زيادة نطاق جميع مستويات نظم الرعاية الصحية القائمة وجعلها أكثر دمجاً، وتسهيل سبل وصول ذوي الإعاقة إلى البرامج العمومية للرعاية الصحية، سوف يؤدي إلى

انحسار التفاوتات الصحية وخفض معدلات الاحتياجات التي لا تلبى. ولقد استخدمت مجموعة متنوعة من الأساليب والنهج لتسهيل تقديم الرعاية الصحية في المرافق العامة من أجل التغلب على العقبات المادية، وعقبات التواصل والمعلومات، شملت تعديلات هيكلية للمرافق الصحية، واستخدام المعدات ذات التصميم الشامل التي يمكن أن يستخدمها المعاقون وغير المعاقين، وتوصيل المعلومات بصيغ مناسبة، وتعديل نظم ترتيب المواعيد، واستخدام نماذج بديلة لتقديم الرعاية. ولقد نجح التأهيل المرتكز على المجتمع في المواقع المحدودة الموارد في تيسير وصول ذوي الإعاقة إلى الخدمات القائمة، وفي التحري وتعزيز خدمات الرعاية الصحية الوقائية. أما في البلدان المرتفعة الدخل، فقد تم إدخال معايير الإتاحة والجودة المتصلة بالإعاقة في العقود التي تبرم مع مقدمي الخدمات العامة والطوعية. وهذه التدابير التي تعمل على استهداف تقديم الخدمات، وإعداد الخطط الخاصة بالرعاية الفردية، وتحديد منسق للرعاية، يمكنها أن تصل إلى ذوي الاحتياجات الصحية المركبة، وإلى المجموعات التي يصعب الوصول إليها. ومع أن فرق الرعاية الأولية هي التي ينبغي أن تقدم الخدمة لذوي الإعاقة، إلا أنه ينبغي كذلك، كلما اقتضى الأمر، توافر الخدمات والمنظمات، والمؤسسات التخصصية، لضمان إتاحة رعاية صحية شاملة.

وينبغي أن يتضمن تعليم المهنيين العاملين في الرعاية الصحية معلومات مناسبة تتعلق بالإعاقة، وذلك من أجل تحسين مواقف مقدمي الخدمات الصحية، وتحسين معارفهم ومهاراتهم. كما أن إشراك ذوي الإعاقة في تقديم التعليم والتدريب يمكنه أن يحسن من المعارف والمهارات. وقد كان لتمكين ذوي الإعاقة من تدبير حالتهم الصحية بصورة أفضل من خلال دورات التدبير الذاتي، ودعم الأقران، وتوفير المعلومات، أثر فعال في تحسين النتائج الصحية، مما قد يساعد أيضاً على خفض تكلفة الرعاية الصحية.

وهناك طيف واسع من الخيارات المالية التي يمكنها تحسين التغطية بخدمات الرعاية الصحية وخفض تكلفتها، وهي تشمل ضمان أن تكون تكاليف التأمين والسداد التشاركي المتعلقة بالخدمات الصحية المقدمة لذوي الإعاقة في متناول يدهم. أما من كان ذو إعاقة، ولايملك طرقاً أخرى لسداد تكاليف خدمات الرعاية الصحية، فإن خفض المبالغ التي تدفع مباشرة من جيب المريض، مع دعم الدخل لمجابهة التكلفة غير المباشرة للحصول على الرعاية الصحية، يمكن أن يحسِّن من سبل التماس الخدمات الصحية واستخدامها. كما أن الحوافز المالية تمثل وسيلة أخرى لتشجيع مقدمي الرعاية الصحية على تحسين ما يقدمونه من خدمات. وفي البلدان النامية التي تتمتع برعاية أولية وآليات للسداد فعالة، فإن التحويلات النقدية المشروطة المستهدِفة والمرتبطة باستخدام الرعاية الصحية يمكن أن تعزز من التماس الخدمات.

التصدي لعوائق التأهيل

إن التأهيل من الاستثمارات الجيدة، حيث أنه يعمل على بناء القدرات البشرية. وينبغي دمجه في التشريعات العامة للصحة، والعمل، والتعليم، والخدمات الاجتماعية، وفي التشريعات المعنية بالأشخاص ذوي الإعاقة. كما يجب أن تركز استجابات السياسات على المداخلات المبكّرة، وعلى فوائد التأهيل من حيث تحسين الأداء الوظيفي المتصل بطيف واسع من الحالات الصحية، وتقديم الخدمات أقرب مايكون للأماكن التي يعيش بها الناس.

ينبغي أن ينصب التركيز في الخدمات القائمة بالفعل على تحسين كفاءتها وفعاليتها من خلال التوسع في التغطية، وتحسين الجودة مع تكلفة ميسورة. أما بالنسبة للأماكن التي تقل فيها الموارد، فينبغي التركيز فيها على الإسراع في تقديم الخدمات من خلال التأهيل المرتكز على المجتمع، واستكماله بالإحالة إلى الخدمات الثانوية. ومن شأن دمج التأهيل في مراكز الرعاية الصحية الأولية والثانوية أن يزيد من توافره، كما يمكن تحسين سبل الوصول إليه من خلال نظم الإحالة المتوافرة بالأساليب المختلفة للخدمة (رعاية المرضى الداخليين، والمرضى الخارجيين، والرعاية المنزلية)، وفي جميع مستويات تقديم الخدمات الصحية (مرافق الرعاية الأولية والثانوية والثالثية). وتمثل المداخلات المعنية بالتأهيل التي تقدم في المجتمعات جزءاً هاماً من الدورة الكاملة للرعاية.

إن التوسع في إتاحة الحصول على التكنولوجيا المساعدة يزيد من استقلالية ذوي الإعاقة، ويحسّن من مشاركتهم، وقد يساعد على خفض تكلفة الرعاية والدعم. ولضمان ملاءمة الأجهزة المساعدة، يلزم مواءمتها مع البيئة ومع مستخدمها، مع وجود متابعة كافية. ويمكن أن تتحسن إتاحة وسبل الوصول إلى التكنولوجيا المساعدة عن طريق اتباع السبل الاقتصادية المتصلة بالمنتجات وتصنيعها وتجميعها محلياً مع خفض الضرائب على الواردات منها.

كما أن هناك حاجة إلى زيادة القدرات المتصلة بالتدريب بسبب النقص العالمي في المهنيين المتخصصين بالتأهيل، وقد يحتاج الأمر إلى مستويات مختلطة أو متدرجة من التدريب. إن التعقيدات المصاحبة للعمل في السياقات التي تفتقر إلى الموارد تحتاج إلى تعليم جامعي أو شهادة تقنية يعتد بها. ويمكن أن تمثل برامج التدريب المتوسط الخطوة الأولى في طريق معالجة الثغرات لدى العاملين بالتأهيل في البلدان النامية، أو تعويض صعوبات توظيف مهنيين من المستويات الأعلى في البلدان المتقدمة. كما أن تدريب العاملين في التأهيل المرتكز على المجتمع من شأنه التصدي لمشكلة الإتاحة الجغرافية، والاستجابة لنقص القوى العاملة، والتشتت الجغرافي. وقد يساعد استخدام الآليات والحوافز التي تعمل على استبقاء العاملين على ضمان استدامة الخدمات.

تتضمن استراتيجيات التمويل، بالإضافة إلى الاستراتيجيات المعنية بالتغلب على العوائق والعقبات المتصلة بالرعاية الصحية، إعادة توزيع أوتنظيم الخدمات (على سبيل المثال: من المستشفى وحتى الخدمات المرتكزة على المجتمع)، والتنسيق الدولي (بما في ذلك دمج التأهيل مع المساعدات التي تقدم أثناء الأزمات الإنسانية)، والمشاركة بين القطاعين العام والخاص، والتمويل المستهدِف لذوي الإعاقة من الفقراء.

التصدي للعوائق التي تحول دون تقديم خدمات الدعم والمساعدة

إن الانتقال إلى إمكانية العيش داخل المجتمع، وتقديم طيف واسع من خدمات الدعم والمساعدة، مع دعم مقدمي الرعاية غير الرسميين، كلها عوامل تعزز من استقلالية ذوي الإعاقة وتمكنهم وذويهم من المشاركة في الأنشطة الاقتصادية والاجتماعية.

يتطلب تمكين ذوي الإعاقة بهدف العيش داخل المجتمع، الانتقال خارج المؤسسات ومساندة هؤلاء الأشخاص بطيف واسع من خدمات الدعم والمساعدة التي تقدم لهم داخل مجتمعاتهم – ومنها الرعاية النهارية، والرعاية البديلة، والدعم المنزلي. وتحتاج البلدان إلى القيام بالتخطيط بصورة كافية ومناسبة للانتقال إلى نموذج الخدمات المرتكزة على المجتمع، مع توافر الموارد المالية والبشرية الكافية. إن الخدمات المجتمعية إذا ما خطط لها بصورة جيدة وتوافرت لها الموارد، يمكنها الخروج بنتائج أفضل، ولكنها قد لا تكون أقل تكلفة. ويمكن للحكومات دراسة تدابير تمويلية متنوعة بما في ذلك التعاقد مع مقدمي الخدمات من القطاع الخاص، وتقديم حوافز ضريبية، ووضع ميزانيات خاصة بذوي الإعاقة وذويهم لشراء الخدمات بصورة مباشرة.

تتضمن الاستراتيجيات الحكومية الواعدة وضع إجراءات عادلة لتقييم الإعاقة، ومعايير واضحة للاستحقاقات والأهلية، وتنظيم تقديم الخدمات بما في ذلك وضع المعايير والقواعد القياسية وتفعيلها، وتمويل الخدمات الخاصة بذوي الإعاقة الذين لا يمكنهم تحمل تكلفة شراء الخدمات، وحيثما لزم، تقديم الخدمات بصورة مباشرة. ومن شأن التنسيق بين قطاعات الصحة والإسكان والخدمات الاجتماعية أن يضمن تقديم الدعم الكافي ويحد من التعرض للمخاطر. كما يمكن تحسين نتائج الخدمات عندما يتحلي مقدموها بالمسؤولية تجاه المستهلكين، ويكون هناك تنظيم للعلاقة بينهما بواسطة ترتيبات رسمية للخدمات، وعندما يشترك المستهلكون في القرارات الخاصة بأنماط وأشكال الدعم وعندما تكون الخدمات متوافقة مع حالة كل فرد، ولا تتخذ شكلاً واحداً يناسب الجميع ولا تكون مرتكزة على وكالة أو مؤسسة متحكمة فيها. كما أن تدريب مقدمي الدعم ومستخدميه يمكن أن يساهم في تحسين جودة الخدمة وخبرة المستخدم.

ويمكن في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل توسيع نطاق الخدمات والتغطية بها من خلال تقديمها عن طريق منظمات المجتمع المدني. وقد أثبتت برامج التأهيل المرتكز على المجتمع فعاليتها في تقديم الخدمات إلى السكان الشديدي الفقر، وفي المناطق المحرومة. وسوف يستفيد مقدمو الرعاية غير الرسميين من توفير المعلومات، والدعم المالي، والرعاية القصيرة الأمد، حيث أنهم يتولون تقديم معظم الدعم لذوي الإعاقة، على مستوى العالم.

إيجاد بيئات ممكنة

إن إزالة العوائق في المرافق العامة ووسائل النقل، وفيما يتصل بالمعلومات والاتصالات سوف يسمح للأشخاص ذوي الإعاقة بالمشاركة في التعليم، والعمل، والحياة الاجتماعية، مخففاً بذلك من العزلة التي يعيشون فيها ومن اعتمادهم على الغير. وفي كافة المجالات، فإن المتطلبات الرئيسية للتصدي لصعوبات الإتاحة والوصول للخدمات والحد من المواقف والاتجاهات السلبية تتمثل في تحديد معايير الإتاحة، والتعاون بين القطاعين العام والخاص، ووجود وكالة قيادية مسؤولة عن التنفيذ، والتدريب على إتاحة الخدمات وتيسير الوصول إليها، وتقديم تصميم شامل للقائمين على التخطيط، والمهندسين المعماريين، والمصممين، إلى جانب مشاركة المستخدمين، وتثقيف عامة الناس.

وتوضح التجارب ضرورة وجود حد أدنى من المعايير الإلزامية، التي تفعلها التشريعات، من أجل التخلص من العوائق الموجودة في المباني. كما أن هناك حاجة إلى أسلوب نظامي ومنهجي مسند بالبينات يتسق مع مختلف الأوضاع والبيئات، ويتضمن مشاركة ذوي الإعاقة. ومن شأن اضطلاع منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة بالتدقيق ومراجعة تيسير سبل الوصول إلى هذه المباني أن تزيد من درجة الالتزام بالمعايير ذات الصلة. وجدير بالذكر أن توافر خطة استراتيجية تحتوي على أولويات، مع وضع أهداف متنامية الطموح يساعد على تحقيق أقصى استفادة من الموارد المحدودة. فعلى سبيل المثال، أن يتم بصورة أولية استهداف توفير سبل الوصول في المباني العامة الجديدة، حيث أن نسبة 1 ٪ والتي تمثل تكاليف تكييف المباني الجديدة من أجل الالتزام بتيسير وصول ذوي الإعاقة إليها، هي نسبة تقل عن ما يتطلبه تعديل المباني القائمة بالفعل من تكلفة. ويتبع ذلك العمل على توسيع التغطية بالقوانين والمعايير، لتشمل التحسينات في سبل وصول ذوي الإعاقة إلى المباني العامة القائمة بالفعل.

أما في مجال النقل، فإن الهدف المتمثل في استمرارية تسهيل إتاحة وسائل النقل ووصول الأشخاص ذوي الإعاقة إليها خلال الدورة الكاملة للانتقال، يمكن أن يتحقق من خلال تحديد الأولويات المبدئية، بالتشاور مع ذوي الإعاقة أنفسهم ومع مقدمي الخدمات، وإدخال ملامح هذه التسهيلات في المشاريع الدورية للصيانة وتحسين الخدمة، مع إعداد تصميم شامل للتحسينات زهيدة التكلفة الذي يمكِن من تقديم الفائدة إلى نطاق واسع من الركاب بصورة واضحة. وهناك زيادة في اعتماد نظم إتاحة حافلات النقل السريع في البلدان النامية. كما أن تيسير الوصول إلى سيارات الأجرة يعد أمراً هاماً في تكامل نظام وسائل النقل المتاحة لذوي الإعاقة، حيث أنها تعمل بنظام الاستجابة للطلب. وهناك الحاجة كذلك إلى تدريب العاملين في وسائل النقل مع العمل في سبيل إيجاد التمويل الحكومي اللازم لخفض نفقات النقل أو جعله مجانياً بالنسبة لذوي الإعاقة. ويزيد تواجد الأرصفة، والمنحدرات المتصلة بها، وتخصيص أماكن لعبور المشاة من تحسن السلامة ويضمن إتاحة وتيسير التنقل.

ويشتمل المضي قدماً نحو تقنيات المعلومات والاتصالات، العمل على إذكاء الوعي، واعتماد التشريعات واللوائح النظامية، ووضع المعايير، وإتاحة التدريب. وهناك خدمات

يمكنها تسهيل مشاركة ذوي الإعاقة، مثل هواتف المتابعة والتتبع، وبث الإعلانات الصغيرة، والترجمة من وإلى الإشارة، وتقديم المعلومات في أشكال تيسر إتاحتها والحصول عليها. إن تحسين سبل الحصول على تكنولوجيا المعلومات والاتصالات يمكن أن يتحقق بالجمع ما بين تنظيم الأسواق وبين الأساليب المضادة للتمييز، وذلك جنباً إلى جنب مع المفاهيم الخاصة بحماية المستهلك والمشتريات العامة. والبلدان التي تتمتع بتشريعات وآليات متابعة صارمة هي التي تنجح بصورة أكبر في تحقيق مستويات أعلى من سبل إتاحة تكنولوجيا المعلومات والاتصالات، غير أن اللوائح تحتاج إلى مواكبة دائمة للابتكارات التكنولوجية.

التصدي لعوائق التعليم

إن دمج الأطفال ذوي الإعاقة بالمدارس العامة يعزز من استكمال جميع الأطفال للتعليم الأساسي، ويساهم في إزالة التمييز، وله مردود ذو فعالية لقاء التكاليف.

ويتطلب دمج الأطفال ذوي الإعاقة في التعليم إحداث تغييرات في النُظُم وفي المدارس. ويعتمد نجاح نُظُم التربية الشاملة (التعليم الدمجي) اعتماداً كبيراً على التزام البلدان باعتماد التشريعات الملائمة، وتقديم توجهات سياسية واضحة، وإعداد خطة عمل وطنية، وإنشاء البنية التحتية المناسبة، وتوفير القدرات الخاصة بالتنفيذ، مع الاستفادة من التمويل الطويل الأمد. ولا يخفى أن ضمان حصول الأطفال ذوي الإعاقة على نفس مستوى نظرائهم من التعليم يتطلب في أغلب الأوقات زيادة في التمويل.

إن إيجاد بيئة تعليمية شاملة وحاضنة لذوي الإعاقة سوف يساعد جميع الأطفال على التعلم وتحقيق إمكاناتهم. وتحتاج النظم التربوية والتعليمية إلى اعتماد المزيد من الأساليب التي تركز على المتلقي، مع تغيير المناهج الدراسية، وطرق ومواد التدريس، ونظم التقييم والامتحانات. ولقد قام العديد من البلدان بالفعل باعتماد خطط التعليم الفردية، بوصفها أداة تساعد على دمج الأطفال ذوي الإعاقة في المواقع التعليمية. كما يمكن التغلب على العوائق المادية التي تواجه تعليم الأطفال ذوي الإعاقة، من خلال إرساء تدابير بسيطة، مثل تغيير ترتيب مكونات الفصول الدراسية. وقد يحتاج بعض الأطفال إلى الحصول على المزيد من خدمات الدعم، بما في ذلك توافر معلمين متخصصين ، وتواجد مساعدين لهم بالفصول، علاوة على توافر الخدمات العلاجية.

إن التدريب المناسب للمعلمين بصفة عامة يمكنه بناء الثقة بالمعلم، وتحسين مهاراته وقدراته على تعليم الأطفال ذوي الإعاقة. ويجب أن تدخل مبادىء دمج هؤلاء الأطفال في المدارس ضمن نطاق برامج تدريب المعلمين، وأن تترافق مع سائر المبادرات التي توفِّر الفرص لهم للتشارك في الخبرات والتجارب الخاصة بأساليب التربية الشاملة (التعليم الدمجي).

التصدي لعوائق العمل والتوظيف

تقدم القوانين التي تحارب التمييز نقطة انطلاق نحو تعزيز دمج ذوي الإعاقة بالعمل. فعندما يلزم القانون أصحاب العمل بإجراء تعديلات معقولة، مثل إتاحة إجراءات التوظيف والاختيار، وتكييف بيئة العمل وتعديل أوقات العمل لتتناسب مع ظروف ذوي الإعاقة،

وتوفير التكنولوجيا المساعدة، كل هذا من شأنه أن يحد من التمييز في مجال العمل والتوظيف، ويزيد من سبل وصول ذوي الإعاقة إلى أماكن العمل، وتغيير المفاهيم المتعلقة بقدرتهم على الإنتاج. ويمكن دراسة عدد من التدابير المالية مثل الحوافز الضريبية، وتمويل إجراء التيسيرات الملائمة من أجل خفض أية تكاليف إضافية قد يتكبدها أرباب العمل والموظفون .

وإضافة إلى التدريب المهني الأساسي، فإن تدريب الأقران، والإرشاد والتوجيه، والمداخلات المبكرة أثبتت كلها جدواها في تحسين مهارات ذوي الإعاقة. كما أن التأهيل المرتكز على المجتمع يمكنه تحسين المهارات والمواقف، ودعم التدريب أثناء الخدمة، وإرشاد وتوجيه أرباب العمل. وقد ساعدت خدمات توظيف وعمل ذوي الإعاقة التي يتحكم فيها المستخدمون، على تعزيز التدريب والعمل والترويج لهما في عدد من البلدان.

أما من يتعرض للإعاقة وهو مرتبط بالفعل بعمل أو بوظيفة ما، فإن برامج تدبير الإعاقة نجحت في تحسين معدلات العودة إلى العمل، وهي برامج تتولى التدبير العلاجي للحالة، وتثقيف المشرفين، وتعديل أماكن العمل، والعودة المبكرة للعمل بمصاحبة أساليب دعم مناسبة. وبالنسبة إلى البعض من ذوي الإعاقة بمن فيهم الذين يواجهون صعوبات كبيرة في أداء الوظائف، فإن برامج العمل المدعومة تيسر سبل تنمية المهارات والتوظيف. وقد تشمل هذه البرامج أيضاً تدريب العمالة والتدريب على أعمال تخصصية، والإشراف الفردي، والنقل، والتكنولوجيا المساعدة. وفي الحالات التي يسود فيها الاقتصاد غير الرسمي، يصبح من الأهمية بمكان تعزيز التوظيف الذاتي لذوي الإعاقة، وتسهيل حصولهم على القروض الصغيرة من خلال برامج الوصول أقرب ما يكون إلى المنتفعين، وإتاحة المعلومات، وتوفير شروط الائتمان ذات المواصفات المحددة.

وينبغي دمج الأشخاص ذوي الإعاقة في برامج الحماية الاجتماعية العامة، مع دعم عودتهم للعمل. وتشمل خيارات هذه السياسة فصل البند الخاص بدعم الدخل عن التعويض الذي يدفع لذوي الإعاقة لتغطية ما يتحملونه من تكلفة إضافية للانتقال إلى العمل وتكلفة المعدات، وذلك من خلال استخدام الفوائد المرتبطة بفترة زمنية محددة، والتأكد من أن هذا التعويض يتم دفعه من أجل الاستمرار في العمل.

التوصيات

رغم قيام العديد من البلدان باتخاذ التدابير الهادفة إلى تحسين حياة الأشخاص ذوي الإعاقة، إلا أن هناك المزيد الذي يتعيّن عمله. فالبينات الواردة في هذا التقرير توضح أن كثيراً من العوائق التي تواجه الأشخاص ذوي الإعاقة يمكن تجنبها، كما يمكن التغلب على جوانب الحرمان المترافقة مع الإعاقة. والتوصيات التسع الواردة في ما يلي هي توصيات جامعة، وهي مسترشدة بتوصيات أكثر تحديداً في نهاية كل فصل من فصول التقرير.

ويتطلب تنفيذ هذه التوصيات إشراك مختلف القطاعات –الصحة، والتعليم، والحماية الاجتماعية، والعمل، والنقل، والإسكان – وإشراك أطراف كثيرة فاعلة – مثل الحكومات، ومنظمات المجتمع المدني (بما فيها منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة)، والمهنيين، والقطاع الخاص، وذوي الإعاقة وعائلاتهم، وعامة السكان، والقطاع العام، ووسائل الإعلام.

ومن الأهمية بمكان أن تقوم البلدان بتصميم الإجراءات الخاصة بها وفقاً لسياقاتها المعينة. فعندما تعاني البلدان من محدودية الموارد، يمكن إدراج بعض الأولويات، ولاسيما تلك التي تتطلب المساعدة التقنية وبناء القدرات، في إطار العمل الخاص بالتعاون الدولي.

التوصية رقم 1: إتاحة الوصول إلى كافة النظم والخدمات العامة

لذوي الإعاقة احتياجات عادية – احتياجات للصحة والمعافاة، واحتياجات للأمن الاقتصادي والاجتماعي، وللتعلم وتنمية المهارات. وكلها يمكن، بل ينبغي أن تلبى من خلال إدراجها في السياق العام للبرامج والخدمات .

إن الإدراج ضمن السياق العام هو عملية تقوم من خلالها الحكومات وسائر أصحاب الشأن للتصدي للعوائق التي تقصي ذوي الإعاقة عن المشاركة، بالمساواة مع نظرائهم، في أي نشاط أو خدمة موجهة لعامة الناس، مثل التعليم، والصحة، والعمل، والخدمات الاجتماعية. ومن أجل تحقيق ذلك، قد تدعو الحاجة إلى تغيير القوانين، والسياسات، والمؤسسات، والبيئات. ولا يقتصر العمل بتلك الترتيبات على استيفاء الحقوق الإنسانية لذوي الإعاقة، بل قد يكون تنفيذها أيضاً أكثر فعالية من حيث المردود لقاءالتكلفة.

ويتطلب الإدراج ضمن السياق العام كذلك التزاماً على جميع المستويات، مع أخذه في الاعتبار في كافة القطاعات وترسيخه في التشريعات والمعايير والسياسات والاستراتيجيات والخطط الجديدة والقائمة. كما أن اعتماد تصميم شامل وبناء أماكن سكنية ذات تيسرات ملائمة يمثلان استراتيجيتين على درجة كبيرة من الأهمية. إضافة إلى ذلك فإن الإدراج في السياق العام يتطلب وجود تخطيط فعال، وموارد بشرية مناسبة، واستثمار مالي كاف، بالترافق مع التدابير الخاصة مثل البرامج والخدمات المستهدِفة (انظر التوصية رقم 2) من أجل ضمان تلبية الاحتياجات المتنوعة للأشخاص ذوي الإعاقة بصورة كافية.

التوصية رقم 2: الاستثمار في البرامج والخدمات المعينة للأشخاص ذوي الإعاقة

إضافة إلى إدراج الخدمات ضمن السياق العام، هناك بعض من الأشخاص ذوي الإعاقة الذين قد يحتاجون إلى الوصول إلى تدابير معينة، مثل التأهيل أوخدمات الدعم أو التدريب. والتأهيل- مع بما في ذلك التكنولوجيا المساعدة، مثل الكراسي المتحركة أو أجهزة السمع

– يحسِّن من أداء الوظائف والاستقلالية. ويمكن لطيف واسع من المساعدات وخدمات الدعم الجيدة التنظيم في المجتمع أن تلبي الحاجة إلى الرعاية، وتسمح لذوي الإعاقة بالعيش باستقلالية، وبالمشاركة في الحياة الاقتصادية، والاجتماعية، والثقافية في مجتمعاتهم. كما يمكن للتأهيل المهني والتدريب أن يوفرا فرصاً في سوق العمل.

وإلى جانب الحاجة إلى مزيد من الخدمات، هناك أيضاً حاجة إلى خدمات أفضل متعددة التخصصات ويسهل الوصول إليها، تكون مرنة ومتكاملة ومنسقة تنسيقاً حسناً، ولاسيما في نطاق خدمات المراحل الانتقالية مثل المرحلة الواقعة بين الطفولة والبلوغ. وتحتاج البرامج والخدمات القائمة إلى المراجعة لتقييم أداءها، ومن ثم إجراء تغييرات من أجل تحسين تغطيتها، وكفاءتها وفعاليتها. وينبغي أن تُجرى هذه التغييرات على أساس بينات صارمة، مناسبة للسياق الثقافي، وسائر السياقات المحلية، وأن يتم اختبارها محلياً.

التوصية رقم 3: اعتماد استراتيجية وطنية وخطة عمل للإعاقة

إن أي استراتيجية وطنية بشأن الإعاقة تضع رؤية شاملة وموحدة طويلة الأمد لتحسين عافية الأشخاص ذوي الإعاقة، وينبغي أن تشتمل على السياسات والبرامج العامة إلى جانب الخدمات الخاصة المعنية بذوي الإعاقة. كما ينبغي أن يشارك جميع القطاعات وأصحاب الشأن في إعداد وتنفيذ ورصد هذه الاستراتيجية الوطنية.

أما خطة العمل فالهدف منها هو تفعيل الاستراتيجية على الأمَدْين القصير والمتوسط، بتحديدها للإجراءات العملية والأطر الزمنية للتنفيذ، والأهداف، وتعيين الهيئات المسؤولة، والتخطيط للموارد الضرورية وتخصيصها. وينبغي أن يكون إعداد كل من الاستراتيجية وخطة العمل مرتكزاً على ما أجري من تحليل للوضع القائم، مع أخذ العوامل ذات الصلة في الاعتبار، مثل معدل انتشار الإعاقة، والاحتياجات للخدمات، والوضع الاجتماعي والاقتصادي، وجوانب الفعالية والقصور في الخدمات القائمة، والعوائق البيئية والاجتماعية. وهناك حاجة أيضاً إلى وضع آليات توضِّح بصورة قاطعة أين تقع مسؤولية التنسيق، واتخاذ القرار، والرصد وإعطاء التقارير بصورة دورية، والتحكم في الموارد.

التوصية رقم 4: إشراك الأشخاص ذوي الإعاقة

غالبا ما يكون للأشخاص ذوي الإعاقة رؤية فريدة حول إعاقتهم والحالة التي يعيشون بها. ولذا يجب مشاورتهم وإشراكهم بصورة ملموسة عند صياغة وتنفيذ السياسات، والقوانين والخدمات وقد تحتاج منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة إلى بناء للقدرات، والدعم لتمكين ذوي الإعاقة والدعوة لتلبية احتياجاتهم.

أما الأشخاص ذوي الإعاقة أنفسهم، فلهم كل الحق في التحكم في حياتهم، ومن ثم يتعين استشارتهم حول القضايا التي تتعلق بصورة مباشرة بهم، سواء كانت تتعلق بالصحة، أو التعليم، أو التأهيل، أو المعيشة في المجتمع. وقد يكون من الضروري تقديم الدعم من أجل اتخاذ القرار حتى يتمكن بعض الأفراد من التعبير عن احتياجاتهم وخياراتهم.

التوصية رقم 5: تحسين قدرات الموارد البشرية

يمكن تحسين قدرات الموارد البشرية من خلال التعليم ، والتدريب والتوظيف الفعَّال. كما يمكن لاستعراض ومراجعة معارف وقدرات العاملين في المجالات ذات العلاقة أن تكون نقطة انطلاق لإعداد التدابير الملائمة لتحسين هذه المعارف والقدرات. ولابد من إدماج التدريب المتصل بالإعاقة، والذي يتضمن مبادئ حقوق الإنسان، في المناهج الدراسية القائمة، وفي برامج الاعتماد. كما يتعين توفير التدريب أثناء الخدمة للممارسين الحاليين من مقدمي الخدمات ومديريها. وعلى سبيل المثال، فإن تعزيز قدرة العاملين في الرعاية الصحية الأولية، وضمان توافر العاملين المتخصصين عند الاقتضاء، يساهم في تقديم رعاية صحية فعَّالة وزهيدة التكلفة للأشخاص ذوي الإعاقة.

وفي كثير من البلدان لا يوجد سوى عدد قليل جداً من العاملين في بعض المجالات، مثل التأهيل والتربية الخاصة (التعليم الخاص)، ويمكن لوضع معايير للتدريب المتعلق بمختلف أنماط ومستويات العاملين أن يساعد في التصدي للثغرات في الموارد. وقد تكون تدابير تحسين سبل استبقاء العاملين مناسبة في بعض المواقع والقطاعات.

التوصية رقم 6: توفير التمويل الكافي وتحسين القدرة على تحمل التكاليف

هناك ضرورة للتمويل الكافي والمستدام للخدمات الممولة من قبل القطاع العام، لضمان وصولها إلى جميع المستفيدين المستهدفين، مع ضمان جودة الخدمات المقدمة. إن التعاقد لتقديم الخدمات، ورعاية الشراكة بين القطاعين العام والخاص، ووضع ميزانيات خاصة بالأشخاص ذوي الإعاقة من أجل الرعاية الموجهة للمستهلك، كلها عوامل يمكنها المساهمة في تقديم الخدمات بصورة أفضل. وعند وضع الاستراتيجية الوطنية للإعاقة، وخطة العمل المتصلة بها، ينبغي دراسة التدابير المقترحة فيما يتصل بكونها ميسورة التكاليف، وبضمان استدامتها، علاوة على التمويل الكافي لها.

وبهدف تحسين القدرة على تحمل تكلفة السلع والخدمات الخاصة بالأشخاص ذوي الإعاقة، وتعويض التكاليف الإضافية المرتبطة بالإعاقة، ينبغي النظر في توسيع التغطية بالتأمين الصحي والاجتماعي، وضمان استفادة الفقراء والفئات الأكثر عرضة للمخاطر من ذوي الإعاقة من برامج شبكة السلامة المستهدِفة للفقر، وإدخال نظم الإعفاء من الرسوم، وخفض أسعار وسائل النقل، وخفض الضرائب المفروضة على الاستيراد والرسوم الجمركية على السلع الطبية المعمرة والتكنولوجيا المساعدة.

التوصية رقم 7: زيادة الوعي العام وزيادة الفهم للإعاقة

يساهم الاحترام والفهم المتبادل في دمج الأشخاص ذوي الإعاقة أي مجتمع. ولذا كان من الأهمية بمكان تحسين الفهم العام للإعاقة، ومواجهة المفاهيم الخاطئة حولها، وتمثيل ذوي الإعاقة بصورة عادلة. كما أن جمع معلومات حول المعارف والمعتقدات والمواقف المتعلقة بالإعاقة يمكن أن يساعد في تحديد الثغرات في الفهم العام، ومن ثم رأب هذه الثغرات من خلال التثقيف والمعلومات العامة. وينبغي على الحكومات، والمنظمات الطوعية، والاتحادات المهنية أن تدرس تنظيم حملات للتسويق الاجتماعي، من أجل إحداث تغيير في المواقف المتعلقة بالوصمة المتصلة ببعض القضايا، مثل فيروس العوز المناعي البشري، والاعتلالات النفسية، والجذام. كما أن إشراك الإعلام له دور رئيسي في إنجاح هذه الحملات، وفي تأمين نشر القصص الإيجابية حول الأشخاص ذوي الإعاقة وعائلاتهم.

التوصية رقم 8: تحسين سبل جمع البيانات حول الإعاقة

تحتاج المنهجيات المعمول بها على الصعيد الدولي لجمع البيانات حول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى التطوير، وإلى إختبارها في مختلف الثقافات، وتطبيقها بصورة متسقة. كما أن البيانات هي أيضاً في حاجة إلى التوحيد بصورة قياسية، وأن تكون قابلة للمقارنة دولياً بما يكفل رصد التقدم المحرز في السياسات المتعلقة بالإعاقة، وفي تنفيذ اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة على المستويين الوطني والدولي.

وعلى الصعيد الوطني، ينبغي إدراج الإعاقة عند جمع أية بيانات. ويمكن للتعريفات الموحدة للإعاقة والمرتكزة على التصنيف الدولي بشأن تأدية الوظائف والعجز(الإعاقة) والصحة، أن تسمح، على الصعيد الدولي، بمقارنة البيانات المتعلقة بالإعاقة. وكخطوة أولى، فإن البيانات الوطنية لتعداد السكان يمكن جمعها وفقاً للتوصيات المنبثقة عن فريق واشنطن المعني بإحصاءات الإعاقة، واللجنة الإحصائية للأمم المتحدة. ومن الأساليب الفعالة ذات المردود العالي لقاء التكاليف إدخال قضايا خاصة بالإعاقة – أو حصص تدريبية خاصة بها– في المسوحات القائمة على العينات. وتحتاج البيانات أيضاً إلى تصنيفها وفقاً للملامح السكانية، للكشف عن السمات والاتجاهات والمعلومات الخاصة بالمجموعات الفرعية من الأشخاص ذوي الإعاقة.

وتستطيع المسوحات التي تركز على الإعاقة أن تكتسب معلومات أوسع شمولاً حول الصفات التي تميِّز الإعاقة، مثل معدل الانتشار، والحالات الصحية المترافقة معها، واستخدام الخدمات والحاجة إليها، وجودة الحياة، والفرص، واحتياجات التأهيل.

التوصية رقم 9: تقوية البحوث حول الإعاقة ودعمها

للبحوث أهمية كبيرة تتمثل في قدرتها على زيادة الفهم العام لقضايا الإعاقة، وتوفير المعلومات اللازمة للسياست والبرامج المتعلقة بها، وتخصيص الموارد بصورة فعالة.

ويوصي هذا التقرير بالاهتمام بمجالات للبحث في مجال الإعاقة، بما في ذلك تأثير العوامل البيئية (السياسات، والبيئة المادية، والمواقف) على الإعاقة وكيفية قياسها، وجودة حياة الأشخاص ذوي الإعاقة وعافيتهم، وما ينجح في التغلب على العوائق التي تواجههم في السياقات المختلفة، وفعالية الخدمات والبرامج المعنية بالأشخاص ذوي الإعاقة ونتائجها.

كما أن هناك حاجة إلى بناء كتلة مؤثِّرة تتكون من باحثين مدَّربين في مجال الإعاقة. كما ينبغي تعزيز مهارات البحث في طيف من التخصصات، بما في ذلك الوبائيات، ودراسات الإعاقة، والصحة، والتأهيل، والتربية الخاصة (التعليم الخاص)، والاقتصاديات، وعلم الاجتماع، والسياسة العامة. ويمكن كذلك جني فوائد أخرى من الفرص الدولية للتعلم والبحث، والربط بين الجامعات في البلدان النامية والجامعات في البلدان ذات الدخل المرتفع والمتوسط.

ترجمة التوصيات إلى أفعال

يتطلب تنفيذ التوصيات التزاماً قوياً وإجراءات تنفيذية قوية من قِبَل طيف واسع من أصحاب الشأن المعنيين. ومع اضطلاع الحكومات الوطنية بالدور الرئيسي في هذا الصدد، فإن اللاعبين المعنيين الآخرين لهم أيضاً أدوار مهمة. وفي ما يلي بعض الإجراءات العملية التي يمكن لمختلف أصحاب الشأن المعنيين القيام بها.

يمكن للحكومات القيام بما يلي:

- استعراض ومراجعة التشريعات والسياسات القائمة، حتى تتوافق مع اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة؛ واستعراض ومراجعة مدى الالتزام بها وآليات تفعيلها.
- استعراض السياسات العامة والسياسات الخاصة بالأشخاص ذوي الإعاقة، والنظم، والخدمات، من أجل تحديد الثغرات والعوائق، والتخطيط للتغلب عليها .
- وضع استراتيجية وطنية حول الإعاقة، وإعداد خطة عمل خاصة بها، مع إرساء خطوط واضحة للمسؤوليات وآليات خاصة بالتنسيق والرصد وتبادل التقارير بين القطاعات.
- تنظيم سبل تقديم الخدمات من خلال إدخال معايير لها، ورصد الالتزام بهذه المعايير وتفعيلها.
- تخصيص موارد مناسبة للخدمات القائمة المموَّلة من القطاع العام، مع تحديد التمويل الملائم لتنفيذ الاستراتيجية وخطة العمل الوطنية حول الإعاقة.

- اعتماد معايير وطنية للإتاحة والوصول لذوي الإعاقة، وضمان الالتزام بهذه المعايير في المباني الجديدة، وفي وسائل النقل، وفي الحصول على المعلومات والاتصالات.
- إدخال التدابير اللازمة لضمان حماية الأشخاص ذوي الإعاقة من الفقر، واستفادتهم بصورة كافية من البرامج العامة المتصلة بتخفيف وطأة الفقر.
- إدماج الإعاقة في النظم الوطنية لجمع البيانات وتوفير البيانات المفصلة حول الإعاقة، كلما كان ذلك متيسراً.
- تنظيم حملات إعلامية تواصلية لزيادة معرفة العامة للإعاقة وفهمهم لها.
- إنشاء قنوات خاصة للأشخاص ذوي الإعاقة ومراقبين مستقلين لتقديم الشكاوى حول القضايا المتصلة بحقوق الإنسان والقوانين التي لا يجري تنفيذها أو تفعيلها.

يمكن لوكالات الأمم المتحدة والمنظمات الإنمائية القيام بما يلي:
- إدماج الإعاقة في برامج المساعدات التنموية، باستخدام أسلوب المسار التوأمي.
- تبادل المعلومات وتنسيق الأعمال، والاتفاق على أولويات المبادرات الخاصة بفصول التعليم، والحد من ازدواجية الجهود المبذولة.
- تقديم المساعدات التقنية للبلدان من أجل بناء القدرات وتعزيز السياسات والنظم والخدمات القائمة على سبيل المثال عن طريق المشاركة في الممارسات الجيدة والواعدة.
- المساهمة في تطوير منهجيات البحث القابلة للمقارنة دولياً.
- القيام بصورة منتظمة بإدخال البيانات المتعلقة بالإعاقة في المطبوعات الإحصائية.

يمكن لمنظمات الأشخاص ذوي الإعاقة القيام بما يلي:
- دعم الأشخاص ذوي الإعاقة ليدركوا لما لهم من حقوق، وليكونوا قادرين على العيش بصورة مستقلة، ولتنمية مهاراتهم.
- دعم الأطفال ذوي الإعاقة وعائلاتهم لضمان دمجهم بالتعليم.
- القيام بتمثيل آراء منتخبيهم، وتوصيلها إلى متخذي القرار ومقدمي الخدمات على الأصعدة الدولية والوطنية والمحلية، والدعوة لحقوقهم.
- المساهمة في تقييم الخدمات ورصدها، والتعاون مع الباحثين في دعم البحوث التطبيقية التي تساعد على تطوير الخدمات.
- تعزيز الوعي والفهم العام لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة على سبيل المثال: عن طريق تنظيم الحملات الإعلامية ، والتدريب حول قضايا المساواة فيما يتصل بالإعاقة.
- القيام بالتدقيق والمراجعة لسائر النظم والخدمات المعنية بالبيئة والنقل وغيرها من أجل الترويج والدعوة لإزالة العوائق.

يمكن لمقدمي الخدمات القيام بما يلي:

- إجراء التفتيش على سبل الوصول، بمشاركة مجموعات الإعاقة المحلية، من أجل تحديد العوائق المادية والمعلوماتية التي قد تكون وراء إقصاء الأشخاص ذوي الإعاقة.
- التأكد من تلقي العاملين للتدريب المناسب والكافي حول الإعاقة، وتنفيذ هذا التدريب وفقاً للهدف منه، وإشراك مستخدمي الخدمات في وضع التدريب وتنفيذه.
- وضع الخطط الخاصة بالخدمة الفردية، بالتشاور مع الأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم، عند الاقتضاء .
- إدخال تدبير الحالات، ونظم الإحالة، والسجلات الالكترونية من أجل تنسيق وتكامل تقديم الخدمات.
- ضمان إعلام الأشخاص ذوي الإعاقة بحقوقهم، وبآليات تقديم الشكاوى.

يمكن للمؤسسات الأكاديمية القيام بما يلي:

- التخلص من العوائق التي تحول دون تعيين ومشاركة العاملين والطلاب ذوي الإعاقة.
- ضمان اشتمال الدورات التدريبية للمهنيين على المعلومات المناسبة والكافية حول الإعاقة، بالارتكاز على المبادىء الخاصة بحقوق الإنسان.
- إجراء البحوث حول حياة ومعيشة الأشخاص ذوي الإعاقة، وحول العوائق التي تواجههم، وذلك بالتشاور مع منظمات الأشخاص ذوي الإعاقة.

يمكن للقطاع الخاص القيام بما يلي:

- تيسير توظيف الأشخاص ذوي الإعاقة، وضمان العدالة في التعيين، وتوافر التيسيرات الملائمة لهم في مكان العمل، ودعم عودة أي موظف يتعرض للإعاقة إلى العمل.
- إزالة العوائق التي تحول دون الحصول على التمويل صغير القيمة حتى يتمكن الأشخاص ذوو الإعاقة من الاستهلال في الأعمال الخاصة بهم.
- إعداد طيف واسع من خدمات الدعم الجيدة من أجل الأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم خلال المراحل المختلفة من دورة حياتهم.
- ضمان أن مشاريع البناء، مثل المرافق العامة والمكاتب والإسكان، تشتمل على سبل مناسبة لوصول الأشخاص ذوي الإعاقة إليها والتحرك داخلها.
- ضمان إتاحة المنتجات والنظم والخدمات الخاصة بتكنولوجيا المعلومات والاتصالات للأشخاص ذوي الإعاقة.

يمكن للمجتمعات القيام بما يلي:

- مجابهة وتحسين معتقداتها ومواقفها.
- تعزيز دمج ومشاركة الأشخاص ذوي الإعاقة في مجتمعاتهم.

- ضمان وصول الأشخاص ذوي الإعاقة إلى البيئات المجتمعية، التي تشمل المدارس والأماكن الترفيهية، والمرافق الثقافية.
- مجابهة العنف والبلطجة التي تمارس ضد الأشخاص ذوي الإعاقة.

وأخيرا يمكن للأشخاص ذوي الإعاقة وأسرهم القيام بما يلي:

- دعم الأشخاص ذوي الإعاقة الآخرين من خلال دعم الأقران، والتدريب، والمعلومات، والمشورة.
- الترويج والدعوة لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة وتعزيزها في مجتمعاتهم المحلية.
- المشاركة في إذكاء الوعي وتنظيم حملات التسويق الاجتماعية.
- المشاركة في المنتديات (الدولية والوطنية والمحلية) من أجل تحديد الأولويات الخاصة بالتغيير، والتأثير على السياسات، وتشكيل سبل تقديم الخدمات.
- المشاركة في المشاريع البحثية.

الخاتمة

وضعت اتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الأشخاص ذوي الإعاقة جدول أعمال للتغيير. ويقوم التقرير العالمي حول الإعاقة بتوثيق الوضع الحالي للأشخاص ذوي الإعاقة؛ وهو يلقي الضوء على الثغرات المتواجدة في المعارف، ويشدِّد على الحاجة إلى إجراء المزيد من البحوث والتطوير للسياسات. ويمكن للتوصيات المذكورة أن تساهم في بناء مجتمع شامل يسمح لذوي الإعاقة بالازدهار.

المراجع

1. *The global burden of disease: 2004 update*. Geneva, World Health Organization, 2008.
2. Grech S. Living with disability in rural Guatemala: exploring connections and impacts on poverty. *International Journal of Disability, Community and Rehabilitation*, 2008, 7(2) (http://www.ijdcr.ca/VOL07_02_CAN/articles/grech.shtml, accessed 4 August 2010).
3. Grammenos S. *Illness, disability and social inclusion*. Dublin, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2003 (http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2003/35/en/1/ef0335en.pdf, accessed 6 August 2010)
4. *World Health Survey*. Geneva, World Health Organization, 2002–2004 (http://www.who.int/healthinfo/survey/en/, accessed 9 December 2009)
5. United Nations Children's Fund, University of Wisconsin. *Monitoring child disability in developing countries: results from the multiple indicator cluster surveys*. New York, United Nations Children's Fund, 2008.
6. Bines H, Lei P, eds. *Education's missing millions: including disabled children in education through EFA FTI processes and national sector plans*. Milton Keynes, World Vision UK, 2007 (http://www.worldvision.org.uk/upload/pdf/Education%27s_Missing_Millions_-Main_Report.pdf, accessed 22 October 2009).

7. Eide AH et al. *Living conditions among people with activity limitations in Zimbabwe: a representative regional survey*. Oslo, SINTEF, 2003a (http://www.safod.org/Images/LCZimbabwe.pdf, accessed 9 November 2009).
8. Eide AH, van Rooy G, Loeb ME. *Living conditions among people with activity limitations in Namibia: a representative, national study*. Oslo, SINTEF, 2003b (http://www.safod.org/Images/LCNamibia.pdf, accessed 9 November 2009).
9. Loeb ME, Eide AH, eds. *Living conditions among people with activity limitations in Malawi: a national representative study*. Oslo, SINTEF, 2004 (http://www.safod.org/Images/LCMalawi.pdf, accessed 9 November 2009).
10. Eide A, Loeb M. *Living conditions among people with activity limitations in Zambia: a national representative study*. Oslo, SINTEF, 2006 (http://www.sintef.no/upload/Helse/Levek%C3%A5r%20og%20tjenester/ZambiaLCweb.pdf, accessed 15 February 2011).
11. *People with disabilities in India: from commitments to outcomes*. Washington, DC, World Bank, 2009.
12. McFarlane L, McLean J. Education and training for direct care workers. *Social Work Education*, 2003,22:385-399. doi:10.1080/02615470309140
13. *Testing a disability question for the census*. Canberra, Family and Community Statistics Section, Australian Bureau of Statistics, 2003.
14. *Disability, ageing and carers: summary of findings, 2003* (No. 4430.0). Canberra, Australian Bureau of Statistics, 2004 (http://tinyurl.com/ydr4pbh, accessed 9 December 2009).
15. *Disability supports in Canada, 2001: participation and activity limitation survey*. Ottawa, Statistics Canada, 2001 (http://www.statcan.ca/english/freepub/89-580-XIE/help.htm, accessed 30 August 2007).
16. *Supports and services for adults and children aged 5–14 with disabilities in Canada: an analysis of data on needs and gaps*. Ottawa, Canadian Council on Social Development, 2004 (http://www.socialunion.ca/pwd/title.html, accessed 30 August 2007).
17. *Living with disability in New Zealand: a descriptive analysis of results from the 2001 Household Disability Survey and the 2001 Disability Survey of Residential Facilities*. Wellington, New Zealand Ministry of Health, 2004 (http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/238fd5fb4fd051844c256669006aed57/8fd2a69286cd6715cc256f33007aade4?OpenDocument, accessed 30 August 2007).
18. Kennedy J. Unmet and under met need for activities of daily living and instrumental activities of daily living assistance among adults with disabilities: estimates from the 1994 and 1995 disability follow-back surveys. *Medical Care*, 2001,39:1305-1312. doi:10.1097/00005650-200112000-00006 PMID:11717572
19. *Regional report of the Americas 2004*. Chicago, IL, International Disability Rights Monitor, 2004 (http://www.idrmnet.org/content.cfm?id=5E5A75andm=3, accessed 9 February 2010).
20. *Regional report of Asia 2005*. Chicago, IL, International Disability Rights Monitor, 2005 (http://www.idrmnet.org/content.cfm?id=5E5A75andm=3, accessed 9 February 2010).
21. *Regional report of Europe 2007*. Chicago, IL, International Disability Rights Monitor, 2007 (http://www.idrmnet.org/content.cfm?id=5E5A75andm=3, accessed 9 February 2010).
22. Michailakis D. *Government action on disability policy: a global survey*. Stockholm, Institute on Independent Living, 1997 (http://www.independentliving.org/standardrules/UN_Answers/UN.pdf, accessed 10 February 2010).
23. Haualand H, Allen C. *Deaf people and human rights*. Helsinki, World Federation of the Deaf and Swedish National Association of the Deaf, 2009.
24. Filmer D. Disability, poverty, and schooling in developing countries: results from 14 household surveys. *The World Bank Economic Review*, 2008,22:141-163. doi:10.1093/wber/lhm021
25. *Sickness, disability and work: breaking the barriers. A synthesis of findings across OECD countries*. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2010.
26. *Understanding the health-care needs and experiences of people with disabilities*. Menlo Park, CA, Kaiser Family Foundation, 2003.